

Relatório: Produção Cirurgião Dentista

Período de Competência: NOVEMBRO/2020

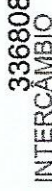
CRO: 31184/RJ

Cirurgião Dentista: (16260) - ALEXANDRE BERCOT FERNANDES

Operadora de Atendimento: 801 - UNIMED SAUDE E ODONTO SA						
Guia	Nome	Não Paga	Dt. Guia	USOs Atos	Vlr USO Coop.	Total
336808 - I	ARILDO DOS SANTOS (00370000030064255)		09/07/2020	174	0.3	R\$ 52,20
342779 - I	CRISTIANE DIELO GRANVILLE (00379994060203150)		21/07/2020	174	0.3	R\$ 52,20
346237 - I	PATRICIA WEIGERT DE CAMARGO (00370000006917057)		27/07/2020	235	0.3	R\$ 70,50
350374 - I	PATRICK DA COSTA MOREIRA BALTH (00379994064299365)		03/08/2020	122	0.3	R\$ 36,60
350666 - I	JOSE TORQUATO (00373195013147007)		04/08/2020	174	0.3	R\$ 52,20
360524 - I	DEBORA MARIA DE JESUS SANTOS F (00379994064553237)		20/08/2020	174	0.3	R\$ 52,20
363329 - I	THIAGO SALGADO GONÇALVES (00370000029475310)		25/08/2020	244	0.3	R\$ 73,20
371151 - I	RENAN DUNCAN LAGO (00379994060921606)		08/09/2020	174	0.3	R\$ 52,20
371154 - I	CARLOS SERGIO CALDAS LAGO (00379994060921592)		08/09/2020	174	0.3	R\$ 52,20
372878 - I	CARLOS SERGIO CALDAS LAGO (00379994060921592)		10/09/2020	366	0.3	R\$ 109,80
373315 - I	JOSEFA XAVIER BARBOSA (00370000018222482)		10/09/2020	174	0.3	R\$ 52,20
374575 - I	YURI SILVA JAIMOVICH (00379994065872328)		14/09/2020	174	0.3	R\$ 52,20
375139 - I	ARLLYN LUANDREW FARIAS DE MELL (00379994065571891)		14/09/2020	174	0.3	R\$ 52,20
375626 - I	MARCELA RIBEIRO CASARIN (00370000012964452)		15/09/2020	174	0.3	R\$ 52,20
376880 - I	MARCELA RIBEIRO CASARIN (00370000012964452)		16/09/2020	122	0.3	R\$ 36,60
379921 - I	JOSEFA XAVIER BARBOSA (00370000018222482)		21/09/2020	427	0.3	R\$ 128,10
383359 - I	ANA PAULA DE LIMA ROCHA (00379994062052010)		25/09/2020	174	0.3	R\$ 52,20
387092 - I	ARLLYN LUANDREW FARIAS DE MELL (00379994065571891)		30/09/2020	1342	0.3	R\$ 402,60
388751 - I	CINTIA SOARES MATIAS (00370000032113423)		02/10/2020	174	0.3	R\$ 52,20
389654 - I	JOSE TORQUATO (00373195013147007)		05/10/2020	34	0.3	R\$ 10,20
392332 - I	YURI SILVA JAIMOVICH (00379994065872328)		08/10/2020	352	0.3	R\$ 105,60
396477 - I	CLAUDIO DE ARAUJO CAMARA (00370000029935981)		15/10/2020	174	0.3	R\$ 52,20
396481 - I	MARLENE MARIA DE ARAUJO CAMARA (00370000029935985)		15/10/2020	174	0.3	R\$ 52,20
400199 - I	CLAUDIO DE ARAUJO CAMARA (00370000029935981)		20/10/2020	174	0.3	R\$ 52,20
Totalizador por Operadora						
				N° de USOs:	5854	
				N° de atendimentos:	24	
				Valor:	R\$ 1.756,20	
Totalizador						
				N° de USOs:	5854	
				N° de atendimentos:	24	
				Valor:	R\$ 1.756,20	

IMPORTANTE: Este relatório contém valores brutos. Os valores serão alterados devido à dedução de impostos, possíveis taxas e ajustes necessários.

Guias: I - Intercâmbio E - Emergencial P - Possui procedimentos faturados para a empresa

2-N^o

1-Registro ANS 408414		3-Data de Emissão da Guia 00/09/2017/12/01		5-Endereço CONCLUÍDO		6-Número da Guia Principal 50175487		7-Data Validada da Guia 00/09/2017/12/01		336808 INTERCÂMBIO																																																	
Dados do Beneficiário																																																											
8-Número da Carteira 00037000000300064255		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa IBBCA CRP 25760		11-Data Validada da Carteira 00/09/2017/12/01		12-Número do Contrato Nacional de Saúde 700006029481804																																																			
13-Nome ARILDO DOS SANTOS										15-Nome do titular do plano HELIA PORTELA DOS SANTOS																																																	
16-Atendimento a RN ALEXANDRE BERCOT FERNANDES										19-UF RJ		20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa																																															
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1055101080197019										22-Nome do Contratado Executante ALEXANDRE BERCOT FERNANDES		24-UF RJ		25-Código CNES																																													
26-Nome do Profissional Executante ALEXANDRE BERCOT FERNANDES										27-Número no CRO 31184		28-UF RJ		29-Código CBO S																																													
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados																																																											
30-Tabela		31-Código do Procedimento		32-Descrição		33-Dente/Região		34-Fase		35-Qtd		36-Quantidade US		37-Valor		38-Franquia/Co-participação R\$		39-Aut		40-Data de Realização		41-Moeda da Guia 42-Assinatura																																					
1-0008101000065		CONSULTA ODONTOLÓGICA		HASD		1		34		00		00		00		00		00		00		00																																					
2-00081040000198		PROFILAXIA: POLIMENTO		HASE		1		35		00		00		00		00		00		00		00																																					
3-00081040000198		PROFILAXIA: POLIMENTO		HASE		1		35		00		00		00		00		00		00		00																																					
4-00081040000198		PROFILAXIA: POLIMENTO		HAIE		1		35		00		00		00		00		00		00		00																																					
5-00081040000198		PROFILAXIA: POLIMENTO		HAID		1		35		00		00		00		00		00		00		00																																					
6-00081040000198		PROFILAXIA: POLIMENTO																																																									
7-00081040000198		PROFILAXIA: POLIMENTO																																																									
8-00081040000198		PROFILAXIA: POLIMENTO																																																									
9-00081040000198		PROFILAXIA: POLIMENTO																																																									
10-00081040000198		PROFILAXIA: POLIMENTO																																																									
11-00081040000198		PROFILAXIA: POLIMENTO																																																									
12-00081040000198		PROFILAXIA: POLIMENTO																																																									
13-00081040000198		PROFILAXIA: POLIMENTO																																																									
14-00081040000198		PROFILAXIA: POLIMENTO																																																									
15-00081040000198		PROFILAXIA: POLIMENTO																																																									
43-Data Prevista Término do Tratamento 00/09/2017/12/01										44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência										45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial										46-Total Quantidade US 1174100										47-Valor Total R\$ 101010										48-Total Franquia / Co-participação R\$ 000000									
49-Observação Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(foram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.										Dr. Alexandre Bercot Fernandes CRO RJ 31184 Cirurgião - Dentista										Dr. Alexandre Bercot Fernandes CRO RJ 31184 Cirurgião - Dentista										Dr. Alexandre Bercot Fernandes CRO RJ 31184 Cirurgião - Dentista										Dr. Alexandre Bercot Fernandes CRO RJ 31184 Cirurgião - Dentista																			
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 00/09/2017/12/01										51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 00/09/2017/12/01										52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 00/09/2017/12/01										53-Data, local e Assinatura da Empresa 00/09/2017/12/01										54-Data, local e Assinatura da Operadora 00/09/2017/12/01																			



1. The first step in the process is to identify the problem or issue that needs to be addressed. This involves gathering information and understanding the context of the problem.

2. Once the problem is identified, the next step is to define the objectives and goals of the project. This helps to clarify what needs to be achieved and provides a clear direction for the team.

3. The third step is to develop a plan or strategy to address the problem. This involves breaking down the problem into smaller, manageable tasks and determining the resources needed to complete each task.

4. The fourth step is to implement the plan. This involves putting the strategy into action and monitoring progress regularly to ensure that the project is on track.

5. The final step is to evaluate the results of the project. This involves comparing the actual outcomes with the original objectives and goals to determine the effectiveness of the project.

2-Na

[illegible]



2-Nº



1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 12/17/017/12/01		5-Santa AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 50179210		7-Data Validade da Santa 12/15/11/01/2101		346237 INTERCAMBIO	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento											
13-Nome PATRICIA WEIGERT DE CAMARGO		10-Empresa ASMETROSIN		11-Data Validade da Carteira		12-Número do Cartão Nacional de Saúde 708605024357781		15-Nome do titular do plano PATRICIA WEIGERT DE CAMARGO		16-Data Validade do Plano	
18-Atendimento a BN N		17-Nome do Profissional Solicitante ALEXANDRE BERCOT FERNANDES		19-UF RJ		20-Código CBO S 801 -		21-UF RJ		22-UF RJ	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 015150108019701911		22-Nome do Contratado Executante ALEXANDRE BERCOT FERNANDES		23-Número no CRO 31184		24-UF RJ		25-Código CNES		26-UF RJ	
25-Nome do Profissional Executante ALEXANDRE BERCOT FERNANDES		27-Número no CRO 31184		28-UF RJ		29-Código CBO S		30-UF RJ		31-UF RJ	
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados											
30-Tabela 31-Código de Procedimento		32-Descrição		33-Dente/Região		34-Face		35-Qtd		36-Franquia/Co-participação R\$	
1-010181101001030		CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		34		00		39-Aut. 40-Data de Realização	
2-0101814101001198		PROFILAXIA: POLIMENTO		1		35		00		41-Motivo da Glosa 42-Assinatura	
3-0101814101001198		PROFILAXIA: POLIMENTO		1		35		00		43-Total Franquia / Co-participação R\$	
4-0101814101001198		PROFILAXIA: POLIMENTO		1		35		00		44-Total Franquia / Co-participação R\$	
5-0101814101001198		PROFILAXIA: POLIMENTO		1		35		00		45-Total Franquia / Co-participação R\$	
6-0101815110101196		RESTAURAÇÃO RESINA		14		61		00		46-Total Franquia / Co-participação R\$	
7-1										47-Valor Total R\$	
8-1										48-Total Quantidade US	
9-1										49-Total Quantidade US	
10-1										50-Total Quantidade US	
11-1										51-Total Quantidade US	
12-1										52-Total Quantidade US	
13-1										53-Total Quantidade US	
14-1										54-Total Quantidade US	
15-1										55-Total Quantidade US	
43-Data Previsto Término do Tratamento										44-Tipo de Atendimento	
45-Data Previsto Término do Tratamento										46-Tipo de Atendimento	
47-Data Previsto Término do Tratamento										48-Tipo de Atendimento	
49-Data Previsto Término do Tratamento										50-Tipo de Atendimento	
51-Data Previsto Término do Tratamento										52-Tipo de Atendimento	
53-Data Previsto Término do Tratamento										54-Tipo de Atendimento	
55-Data Previsto Término do Tratamento										56-Tipo de Atendimento	
57-Data Previsto Término do Tratamento										58-Tipo de Atendimento	
59-Data Previsto Término do Tratamento										60-Tipo de Atendimento	
61-Data Previsto Término do Tratamento										62-Tipo de Atendimento	
63-Data Previsto Término do Tratamento										64-Tipo de Atendimento	
65-Data Previsto Término do Tratamento										66-Tipo de Atendimento	
67-Data Previsto Término do Tratamento										68-Tipo de Atendimento	
69-Data Previsto Término do Tratamento										70-Tipo de Atendimento	
71-Data Previsto Término do Tratamento										72-Tipo de Atendimento	
73-Data Previsto Término do Tratamento										74-Tipo de Atendimento	
75-Data Previsto Término do Tratamento										76-Tipo de Atendimento	
77-Data Previsto Término do Tratamento										78-Tipo de Atendimento	
79-Data Previsto Término do Tratamento										80-Tipo de Atendimento	
81-Data Previsto Término do Tratamento										82-Tipo de Atendimento	
83-Data Previsto Término do Tratamento										84-Tipo de Atendimento	
85-Data Previsto Término do Tratamento										86-Tipo de Atendimento	
87-Data Previsto Término do Tratamento										88-Tipo de Atendimento	
89-Data Previsto Término do Tratamento										90-Tipo de Atendimento	
91-Data Previsto Término do Tratamento										92-Tipo de Atendimento	
93-Data Previsto Término do Tratamento										94-Tipo de Atendimento	
95-Data Previsto Término do Tratamento										96-Tipo de Atendimento	
97-Data Previsto Término do Tratamento										98-Tipo de Atendimento	
99-Data Previsto Término do Tratamento										100-Tipo de Atendimento	

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2.º

350374
 INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 03/10/2010	4-Data de Autorização 03/10/2010	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50181235	7-Data Validade da Senha 01/11/2010
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	--	--

8-Número da Carteira 0037994064299365	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa UNIMED SAUDE E ODONTO S/A	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 708102513247735
13-Nome PATRICK DA COSTA MOREIRA BALTH	12/01/1982	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano PATRICK DA COSTA MOREIRA BALTH	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento	
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ALEXANDRE BERCOT FERNANDES
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 05500809709	22-Nome do Contratado Executante ALEXANDRE BERCOT FERNANDES
26-Nome do Profissional Executante ALEXANDRE BERCOT FERNANDES	27-Número no CRO 31184
18-Número no CRO 31184	19-UF RJ
20-Código CBO S	24-UF RJ
25-Código CNES	28-UF RJ
29-Código CBO S	
301 - Faturar Empresa	
Enviar - RX	
(I) 85100218	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados										37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$			
									1-Total	2-Parcial					
1	00085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	24	MOV	1	12200									
2															
3															
4															
5															
6															
7															
8															
9															
10															
11															
12															
13															
14															
15															

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(foram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante CHQ-01-31184	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista CHQ-01-31184	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável CHQ-01-31184	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---------------	---	---	---	-------------------------------------



1301/11/1555 para uso de 2011

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



1-Registro ANS
406414

3-Data de Emissão da Guia
10/04/10 18/12/10

4-Data de Autorização
10/04/10 18/12/10

5-Será
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
50181332

7-Data Validada da Seria
10/12/11 11/12/10

350666
INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira
10101317131195011311471010171111

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
QUALICORP CRC VENCIMENTO 30

11-Data Validada da Guia
11/12/11 11/12/10

12-Número do Cartão Nacional de Saúde
702002862047083

13-Nome
JOSE TORQUATO

14-Telefone
(11) 11111111

15-Nome do titular do plano
JOSE TORQUATO

16-Atendimento a RN
ALEXANDRE BERCOT FERNANDES

17-Nome do Profissional Solicitante
ALEXANDRE BERCOT FERNANDES

18-Número no CRO
31184

19-UF
RJ

20-Código CEO S
801 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
10151010810917109111

22-Nome do Contratado Executante
ALEXANDRE BERCOT FERNANDES

23-Número no CRO
31184

24-UF
RJ

25-Código CNEs
26-Código CEO S
31184

28-Nome do Profissional Executante
ALEXANDRE BERCOT FERNANDES

30-7-Tabata
31-Código do Procedimento
32-Descrição
33-Dente/Região
34-Fase
35-Qtd
36-Quantidade US
37-Valor
38-Franquia/Co-participação R\$
39-Aut
40-Data de Realização
41-Molde da Gesso 42-Assinatura

1-10101811001003011 CONSULTA ODONTOLÓGICA

2-1010181400100191811 PROFILAXIA: POLIMENTO

3-1010181400100191811 PROFILAXIA: POLIMENTO

4-1010181400100191811 PROFILAXIA: POLIMENTO

5-1010181400100191811 PROFILAXIA: POLIMENTO

6-1010181400100191811 PROFILAXIA: POLIMENTO

7-1010181400100191811 PROFILAXIA: POLIMENTO

8-1010181400100191811 PROFILAXIA: POLIMENTO

9-1010181400100191811 PROFILAXIA: POLIMENTO

10-1010181400100191811 PROFILAXIA: POLIMENTO

11-1010181400100191811 PROFILAXIA: POLIMENTO

12-1010181400100191811 PROFILAXIA: POLIMENTO

13-1010181400100191811 PROFILAXIA: POLIMENTO

14-1010181400100191811 PROFILAXIA: POLIMENTO

15-1010181400100191811 PROFILAXIA: POLIMENTO

43-Data Prevista Término do Tratamento
11/12/11 11/12/10

44-Tipo de Atendimento
1-1-Total 2-Parcial

45-Tipo de Faturamento
1-1-Total 2-Parcial

46-Tipo de Faturamento
1-1-Total 2-Parcial

47-Valor Total R\$
1111174110101

48-Valor Total R\$
1111174110101

49-Valor Total R\$
1111174110101

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme orientação do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

Dr. Alexandre Bercot Fernandes

Dr. Alexandre Bercot Fernandes

Dr. Alexandre Bercot Fernandes

Dr. Alexandre Bercot Fernandes

Dr. Alexandre Bercot Fernandes



1-Região ANS
406414

3-Data de Emissão da Guia
12/01/018/12/01

4-Data de Autorização
12/01/018/12/01

5-Senha
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
50185484

7-Data Validade da Senha
11/11/11/12/01

8-Número da Carteira
706001837628347

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
EMPRESA BRASILEIRA

11-Data Validade da Carteira
11/11/11/12/01

12-Número do Cartão Nacional de Saúde
706001837628347

13-Nome
DEBORA MARIA DE JESUS SANTOS F

14-Telefone
() - - - - -

15-Nome do titular do plano
DEBORA MARIA DE JESUS SANTOS F

16-Atendimento a RN
ALEXANDRE BERCOT FERNANDES

17-Nome do Profissional Solicitante
ALEXANDRE BERCOT FERNANDES

18-Número no CRO
31184

19-UF
RJ

20-Código CBO S
801 -

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
101550080917091

22-Nome do Contratado Executante
ALEXANDRE BERCOT FERNANDES

23-Número no CRO
31184

24-UF
RJ

25-Código CNES
31184

26-Nome do Profissional Executante
ALEXANDRE BERCOT FERNANDES

27-Número no CRO
31184

28-UF
RJ

29-Código CBO S
801 -

30-Descrição
CONSULTA ODONTOLÓGICA

31-Código do Procedimento
1-001810000016151

32-Quantidade US
1

33-Valor
34,00

34-Face
1

35-Dente/Região
HASD

36-Franquia/Co-participação R\$
0,00

37-Data de Realização
11/11/11/12/01

38-Data de Realização
11/11/11/12/01

39-Aut
S

40-Data de Realização
11/11/11/12/01

41-Motivo da Guia 42-Agi
S

43-Data Previsão Término do Tratamento
11/11/11/12/01

44-Tipo de Atendimento
1-1-Tratamento Odontológico

45-Tipo de Faturamento
1-1-Total

46-Total Quantidade US
1174,00

47-Valor Total R\$
0,00

48-Total Franquia / Co-participação
0,00

49-Observação
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos do contrato. Declaro, ainda que o presente documento(s) descreto(s) acima, e por mim assinado(s), foi realizado(s) por mim mesmo, e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento referentes ao tratamento realizado, e autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
CRO-RJ 31184

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
CRO-RJ 31184

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
CRO-RJ 31184

53-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
CRO-RJ 31184

54-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
CRO-RJ 31184

55-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
CRO-RJ 31184

56-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
CRO-RJ 31184

57-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
CRO-RJ 31184

58-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
CRO-RJ 31184

59-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
CRO-RJ 31184

60-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
CRO-RJ 31184

61-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
CRO-RJ 31184

62-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
CRO-RJ 31184

63-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
CRO-RJ 31184

64-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
CRO-RJ 31184

65-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
CRO-RJ 31184

66-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
CRO-RJ 31184

67-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
CRO-RJ 31184

68-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
CRO-RJ 31184

69-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
CRO-RJ 31184

70-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
CRO-RJ 31184

71-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
CRO-RJ 31184

72-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
CRO-RJ 31184

73-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
CRO-RJ 31184

74-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
CRO-RJ 31184

75-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
CRO-RJ 31184

76-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
CRO-RJ 31184

77-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
CRO-RJ 31184

78-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
CRO-RJ 31184



2-Nº

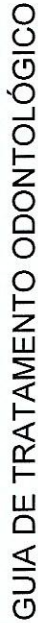
363329
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 12 5 / 0 8 / 2 0		5-Sinthe AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 50186484		7-Data Validade da Sinthe 12 3 / 1 1 / 12 0	
Dados do Beneficiário									
8-Número da Carteira 10 0 3 7 0 0 0 0 2 9 4 7 5 3 1 0		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa 01 ADMINISTRACAO		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Contrato Nacional de Saúde 707006873862535	
13-Nome THIAGO SALGADO GONCALVES									
14-Teléfono () -									
15-Nome do titular do plano THIAGO SALGADO GONCALVES									
16-Atendimento a RN ALEXANDRE BERCOT FERNANDES									
17-Nome do Profissional Solicitante ALEXANDRE BERCOT FERNANDES		18-Número no CRO 31184		19-UF RJ		20-Código CEO S 801 - Faturar Empresa			
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 10 5 5 0 0 8 0 9 7 0 9		22-Nome do Contratado Executante ALEXANDRE BERCOT FERNANDES		23-Número no CRO 31184		24-UF RJ		25-Código CNES Enviar - RX (0) 85100218	
26-Nome do Profissional Excutor ALEXANDRE BERCOT FERNANDES		27-Número no CRO 31184		28-UF RJ		29-Código CEO S			
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados									
30-Tabela 1- 0 0 8 5 1 0 0 2 1 8		32-Descrição RESTAURAÇÃO RESINA		33-Dente/Régio 17 OMV		34-Face 1		35-Qtd 1	
2- 0 0 8 5 1 0 0 1 9 6		RESTAURAÇÃO RESINA		14 V		16 1		10 0	
3- 0 0 8 5 1 0 0 1 9 6		RESTAURAÇÃO RESINA		15 V		16 1		10 0	
4-									
5-									
6-									
7-									
8-									
9-									
10-									
11-									
12-									
13-									
14-									
15-									
43-Data Previsão Término do Tratamento / /									
44-Tipo de Atendimento 1- Tratamento Odontológico 2- Exame Radiológico 3- Ortodentia 4- Urgência/Emergência									
45-Tipo de Faturamento 1- Total 2- Parcial									
46-Total Quantidade US 2 4 4 0 0									
47-Valor Total R\$ 0 0 0									
48-Total Franquia / Co-participação R\$ 									
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima expostos, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) acima, e por mim assinado(s), fortalecerá(m) minha decisão de tratamento e não estou sendo induzido(a) a arcar com os custos conforme previsto em contrato.									
49-Observação: Dr. Alexandre Bercot - Dentista CRO-RJ 31184 Dr. Alexandre Bercot - Dentista Cirurgião - Dentista CRO-RJ 31184									

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentadas, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) acima, e por mim assinado(s), for(ões) realizado(s) dentro do prazo estabelecido e de acordo com o plano de tratamento, não gerará(ão) nenhuma reclamação ou processo administrativo, judicial ou extrajudicial, em razão de qualquer dano ou prejuízo decorrente do tratamento, bem como de qualquer procedimento adotado pelo profissional contratado que assina esse documento, os valores e o plano de tratamento estabelecidos e autorizados por mim, e não de qualquer erro ou falha do profissional contratado.

49-Observação: Dr. Alexandre - Dentista
Cirurgião - Dentista
CRO-RJ 31184

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista-Solicitante	31/10/2020	
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	31/11/2020	
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável		
53-Data, local e Carimbo de Empresa		

371151
INTERCÂMBIOFaturar Empresa

41- Motivo da Glosa 42-Assinatura

48-Total Franciulla / Co-participação B\$

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista, Solicitante

CPD-BI 31184



2-Nº

371154
INTERCÂMBIO

11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
/ / / / / / / / / /	705001836453251
15-Nome do titular do plano	
CARLOS SERGIO CALDAS LAGO	

20-Código CEO S	801 -
25-Código CNES	Faturar Empresa
29-Código CEO S	

[illegible]

de US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$
1 7 4 0 0	0 0 0	

o, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores

Dr. Alexandre de Aguiar Mendes
Cirurgião - Dentista

Dr. Alejandro Pineda Ferrnandez
Cirurgiao - Dentista
CAO-10 31184



2-No

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(ram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

Dr. Alexandre Gonçalves
Cirurgião - Dentista
CRO-SP 31184

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista.

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Data, local e Carimbo da Empresa

Solution:

[illegible]

2-Nº

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento									
16-Atendimento a RN		17-Nome do Profissional Solicitante							
N		ALEXANDRE BERCOT FERNANDES							
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF									
0 5 5 0 0 8 0 9 7 0 9									
22-Nome do Contratado Exculante									
ALEXANDRE BERCOT FERNANDES									
23-Número no CRO									
31184									
24-UF									
RJ									
25-Código CNES									
26-UF									
RJ									
27-Número no CRO									
31184									
28-UF									
RJ									
29-Código CBO S									
30-UF									
RJ									
31-Código CBO S									
32-UF									
RJ									
33-Código CBO S									
34-UF									
RJ									
35-Código CBO S									
36-UF									
RJ									
37-Código CBO S									
38-UF									
RJ									
39-Código CBO S									
40-UF									
RJ									
41-Código CBO S									
42-UF									
RJ									
43-Código CBO S									
44-UF									
RJ									
45-Código CBO S									
46-UF									
RJ									
47-Código CBO S									
48-UF									
RJ									
49-Código CBO S									
50-UF									
RJ									
51-Código CBO S									
52-UF									
RJ									
53-Código CBO S									
54-UF									
RJ									
55-Código CBO S									
56-UF									
RJ									
57-Código CBO S									
58-UF									
RJ									
59-Código CBO S									
60-UF									
RJ									
61-Código CBO S									
62-UF									
RJ									
63-Código CBO S									
64-UF									
RJ									
65-Código CBO S									
66-UF									
RJ									
67-Código CBO S									
68-UF									
RJ									
69-Código CBO S									
70-UF									
RJ									
71-Código CBO S									
72-UF									
RJ									
73-Código CBO S									
74-UF									
RJ									
75-Código CBO S									
76-UF									
RJ									
77-Código CBO S									
78-UF									
RJ									
79-Código CBO S									
80-UF									
RJ									
81-Código CBO S									
82-UF									
RJ									
83-Código CBO S									
84-UF									
RJ									
85-Código CBO S									
86-UF									
RJ									
87-Código CBO S									
88-UF									
RJ									
89-Código CBO S									
90-UF									
RJ									
91-Código CBO S									
92-UF									
RJ									
93-Código CBO S									
94-UF									
RJ									
95-Código CBO S									
96-UF									
RJ									
97-Código CBO S									
98-UF									
RJ									
99-Código CBO S									
100-UF									
RJ									
101-Código CBO S									
102-UF									
RJ									
103-Código CBO S									
104-UF									
RJ									
105-Código CBO S									
106-UF									
RJ									
107-Código CBO S									
108-UF									
RJ									
109-Código CBO S									
110-UF									
RJ									
111-Código CBO S									
112-UF									
RJ									
113-Código CBO S									
114-UF									
RJ									
115-Código CBO S									
116-UF									
RJ									
117-Código CBO S									
118-UF									
RJ									
119-Código CBO S									
120-UF									
RJ									
121-Código CBO S									
122-UF									
RJ									
123-Código CBO S									
124-UF									
RJ									
125-Código CBO S									
126-UF									
RJ									
127-Código CBO S									
128-UF									
RJ									
129-Código CBO S									
130-UF									
RJ									
131-Código CBO S									
132-UF									
RJ									
133-Código CBO S									
134-UF									
RJ									
135-Código CBO S									
136-UF									
RJ									
137-Código CBO S									
138-UF									
RJ									
139-Código CBO S									
140-UF									
RJ									
141-Código CBO S									
142-UF									

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados														
30- Tabela	31- Código do Procedimento	32- Descrição	33- Dente/Região	34- Face	35- Qtd	36- Quantidade US	37- Valor	38- Franquia/Co-participação R\$	39- Aut	40- Data de Realização	41- Molho de Glosa 42- Assinatura			
1-00	81000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00		0,00	S	/	/			
2-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00		0,00	S	/	/			
3-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00		0,00	S	/	/			
4-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00		0,00	S	/	/			
5-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00		0,00	S	/	/			
6-										/	/			
7-										/	/			
8-										/	/			
9-										/	/			
10										/	/			
11										/	/			
12										/	/			
13										/	/			
14										/	/			
15										/	/			

43- Data	44- Tipo de Atendimento	45- Tipo de Faturamento	46- Total Quantidade US	47- Valor Total R\$	48- Total Franquia / Co-participação R\$
/ /	1- Tratamento Odontológico	1- Total 2- Parcial	174,00	0,00	

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima não foi(m) realizado(s) anteriormente por mim assinado(s), foi(ram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores necessários para a realização do tratamento, conforme o valor previsto em contrato.

48 Observação

Dr. Alexandre Berçot Fernandes	Dr. Alexandre Berçot Fernandes
Chirurgião - Dentista	Chirurgião - Dentista
CRO-RJ 31184	CRO-RJ 31184

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
11/01/09 11/01/09 02.02.09

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
11/01/09 11/01/09 02.02.09

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
11/01/09 11/01/09 02.02.09

53-Data, local e Carimbo da Empresa
11/01/09 11/01/09 02.02.09

CRO - RJ 34484



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2- Nº

tranquilidade para você sorrir

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 14/09/2019		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 50191066		7-Data Validade da Senha 13/12/2019		374575 INTERCÂMBIO	
8-Número da Carteira 003719994065872328										12-Número do Contrato Nacional de Saúde 704202227280587	
9-Plano POS REDE PRESTADORA										11-Data Validade da Carteira 11/11/11	
10-Empresa UNIMED SAUDE E ODONTO S/A										15-Nome do titular do plano YURI SILVA JAIMOVICH	
13-Nome YURI SILVA JAIMOVICH										14-Telefone () - - - - -	
16-Atendimento a RN ALEXANDRE BERCOT FERNANDES										18-Número no CRO 31184	
17-Nome do Profissional Solicitante ALEXANDRE BERCOT FERNANDES										19-UF RJ	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 055008091709										23-Número no CRO 31184	
22-Nome do Contratado Executante ALEXANDRE BERCOT FERNANDES										24-UF RJ	
26-Nome do Profissional Executante ALEXANDRE BERCOT FERNANDES										27-Número no CRO 31184	
28-Nome do Profissional Executante ALEXANDRE BERCOT FERNANDES										29-UF RJ	
25-Código CNES										26-Código CNES	
29-Código CBO S										30-Código CBO S	
31-Código do Procedimento										32-Quantidade US	
33-Dente/Região										34-Face	
35-Qtd										36-Valor	
37-Franchisa/Co-participação R\$										38-Data de Realização	
39-Aut										40-Motivo da Class 42-Assinatura	

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/11/11		44-Tipo de Atendimento 1-1 Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência		45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial		46-Total Quantidade US 1174,00		47-Valor Total R\$ 1174,00		48-Total Franchia / Co-participação R\$ 1174,00	
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(ram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.											
49-Observação											
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável Dr. Alexandre Bercot Fernandes 11/11/11 11:11 1111											
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Assistente Dr. Alexandre Bercot Fernandes 11/11/11 11:11 1111											
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável Yuri Silva Jaimovich 11/11/11 11:11 1111											
53-Data, local e Assinatura da Empresa UNIMED SAUDE E ODONTO S/A 11/11/11 11:11 1111											



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2ª N°



375139
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS
406414

3-Data de Emissão da Guia
14/10/2019

4-Data de Autorização
14/10/2019

5-Senha
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
50191288

7-Data Validade da Senha
13/11/2020

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira

003799940615571891

9-Plano

POS REDE PRESTADORA

10-Empresa

UNIMED SAUDE E ODONTO S/A

11-Data Validade da Carteira

11/11/11

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

704506162896520

13-Nome

ARLLYN LUANDREW FARIAS DE MELL

14-Telefone

() / /

15-Data Validade da Carteira

16/04/1993

16-Atendimento a RN

17-Nome do Profissional Solicitante

ALEXANDRE BERCOT FERNANDES

18-Número no CRO

31184

19-UF

RJ

20-Código CBO S

801 -

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF

10510108091709

22-Nome do Contratado Executante

ALEXANDRE BERCOT FERNANDES

23-Número no CRO

31184

24-UF

RJ

25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante

ALEXANDRE BERCOT FERNANDES

27-Número no CRO

31184

28-UF

RJ

29-Código CBO S

30-Quantidade US

31-Valor

32-Descrição

33-Dente/Região

34-Face

35-Qtd

36-Franquia/Co-participação R\$

39-Aut

40-Data de Realização

41-Motivo da Glosa

42-Assinatura

43-Data

44-Tipo de Atendimento

45-Tipo de Falamento

46-Tipo de Falamento

47-Valor Total R\$

48-Tipo de Falamento

49-Tipo de Falamento

50-Tipo de Falamento

51-Tipo de Falamento

52-Tipo de Falamento

53-Tipo de Falamento

54-Tipo de Falamento

55-Tipo de Falamento

56-Tipo de Falamento

57-Tipo de Falamento

58-Tipo de Falamento

59-Tipo de Falamento

60-Tipo de Falamento

61-Tipo de Falamento

62-Tipo de Falamento

63-Tipo de Falamento

64-Tipo de Falamento

65-Tipo de Falamento

66-Tipo de Falamento

67-Tipo de Falamento

68-Tipo de Falamento

69-Tipo de Falamento

70-Tipo de Falamento

71-Tipo de Falamento

72-Tipo de Falamento

73-Tipo de Falamento

74-Tipo de Falamento

75-Tipo de Falamento

76-Tipo de Falamento

77-Tipo de Falamento

78-Tipo de Falamento

79-Tipo de Falamento

80-Tipo de Falamento

81-Tipo de Falamento

82-Tipo de Falamento

83-Tipo de Falamento

84-Tipo de Falamento

85-Tipo de Falamento

86-Tipo de Falamento

87-Tipo de Falamento

88-Tipo de Falamento

89-Tipo de Falamento

90-Tipo de Falamento

91-Tipo de Falamento

92-Tipo de Falamento

93-Tipo de Falamento

94-Tipo de Falamento

95-Tipo de Falamento

96-Tipo de Falamento

97-Tipo de Falamento

98-Tipo de Falamento

99-Tipo de Falamento

100-Tipo de Falamento

101-Tipo de Falamento

102-Tipo de Falamento

103-Tipo de Falamento

104-Tipo de Falamento

105-Tipo de Falamento

106-Tipo de Falamento

107-Tipo de Falamento

108-Tipo de Falamento

109-Tipo de Falamento

110-Tipo de Falamento

111-Tipo de Falamento

112-Tipo de Falamento

113-Tipo de Falamento

114-Tipo de Falamento

115-Tipo de Falamento

116-Tipo de Falamento

117-Tipo de Falamento

118-Tipo de Falamento

119-Tipo de Falamento

120-Tipo de Falamento

121-Tipo de Falamento

122-Tipo de Falamento

123-Tipo de Falamento

124-Tipo de Falamento

125-Tipo de Falamento

126-Tipo de Falamento

127-Tipo de Falamento

128-Tipo de Falamento

129-Tipo de Falamento

130-Tipo de Falamento

131-Tipo de Falamento

132-Tipo de Falamento

133-Tipo de Falamento

134-Tipo de Falamento

135-Tipo de Falamento

136-Tipo de Falamento

137-Tipo de Falamento

138-Tipo de Falamento

139-Tipo de Falamento

140-Tipo de Falamento

141-Tipo de Falamento

142-Tipo de Falamento

143-Tipo de Falamento

144-Tipo de Falamento

145-Tipo de Falamento

146-Tipo de Falamento

147-Tipo de Falamento

148-Tipo de Falamento

149-Tipo de Falamento

150-Tipo de Falamento

151-Tipo de Falamento

152-Tipo de Falamento

153-Tipo de Falamento

154-Tipo de Falamento

155-Tipo de Falamento

156-Tipo de Falamento

157-Tipo de Falamento

158-Tipo de Falamento

159-Tipo de Falamento

160-Tipo de Falamento

161-Tipo de Falamento

162-Tipo de Falamento

163-Tipo de Falamento

164-Tipo de Falamento

165-Tipo de Falamento

166-Tipo de Falamento

167-Tipo de Falamento

168-Tipo de Falamento

169-Tipo de Falamento

170-Tipo de Falamento

171-Tipo de Falamento

172-Tipo de Falamento

173-Tipo de Falamento

174-Tipo de Falamento

175-Tipo de Falamento

176-Tipo de Falamento

177-Tipo de Falamento

178-Tipo de Falamento

179-Tipo de Falamento

180-Tipo de Falamento

181-Tipo de Falamento

182-Tipo de Falamento

183-Tipo de Falamento

184-Tipo de Falamento

185-Tipo de Falamento

186-Tipo de Falamento

187-Tipo de Falamento

188-Tipo de Falamento

189-Tipo de Falamento

190-Tipo de Falamento

191-Tipo de Falamento

192-Tipo de Falamento

193-Tipo de Falamento

194-Tipo de Falamento

195-Tipo de Falamento

196-Tipo de Falamento

197-Tipo de Falamento

198-Tipo de Falamento

199-Tipo de Falamento

200-Tipo de Falamento

201-Tipo de Falamento

202-Tipo de Falamento

203-Tipo de Falamento

204-Tipo de Falamento

205-Tipo de Falamento

206-Tipo de Falamento

207-Tipo de Falamento

208-Tipo de Falamento

209-Tipo de Falamento

210-Tipo de Falamento

211-Tipo de Falamento

212-Tipo de Falamento

213-Tipo de Falamento

214-Tipo de Falamento

215-Tipo de Falamento

216-Tipo de Falamento

217-Tipo de Falamento

218-Tipo de Falamento

219-Tipo de Falamento

220-Tipo de Falamento

221-Tipo de Falamento

222-Tipo de Falamento

223-Tipo de Falamento

224-Tipo de Falamento

225-Tipo de Falamento

226-Tipo de Falamento

227-Tipo de Falamento

228-Tipo de Falamento

229-Tipo de Falamento

230-Tipo de Falamento

231-Tipo de Falamento

232-Tipo de Falamento

233-Tipo de Falamento

234-Tipo de Falamento

235-Tipo de Falamento

236-Tipo de Falamento

237-Tipo de Falamento

238-Tipo de Falamento

239-Tipo de Falamento

240-Tipo de Falamento

241-Tipo de Falamento

242-Tipo de Falamento

243-Tipo de Falamento

244-Tipo de Falamento

245-Tipo de Falamento

246-Tipo de Falamento

247-Tipo de Falamento

248-Tipo de Falamento

249-Tipo de Falamento

250-Tipo de Falamento

251-Tipo de Falamento

252-Tipo de Falamento

253-Tipo de Falamento

254-Tipo de Falamento

255-Tipo de Falamento

256-Tipo de Falamento

257-Tipo de Falamento

258-Tipo de Falamento

259-Tipo de Falamento

260-Tipo de Falamento

261-Tipo de Falamento

262-Tipo de Falamento

263-Tipo de Falamento

264-Tipo de Falamento

265-Tipo de Falamento

266-Tipo de Falamento

267-Tipo de Falamento

268-Tipo de Falamento

269-Tipo de Falamento

270-Tipo de Falamento

271-Tipo de Falamento

272-Tipo de Falamento

273-Tipo de Falamento

274-Tipo de Falamento

275-Tipo de Falamento

276-Tipo de Falamento

277-Tipo de Falamento

278-Tipo de Falamento

279-Tipo de Falamento

280-Tipo de Falamento

281-Tipo de Falamento

282-Tipo de Falamento

283-Tipo de Falamento

284-Tipo de Falamento

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

1-Registro ANS 408414		3-Data de Emissão da Guia 1 5 / 0 9 / 1 2 0		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 50191465		7-Data Validade da Senha 1 4 / 1 2 / 2 0		375626 INTERCÂMBIO	
Dados do Beneficiário											
8-Número da Carteira 10 0 3 7 0 0 0 0 0 1 2 9 6 4 4 5 2		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa UNIMED SAUDE E ODONTO S/A		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde 706003359850940			
13-Nome MARCELA RIBEIRO CASARIN		20/05/1986		14-Telefone () - / -		15-Nome do titular do plano MARCELA RIBEIRO CASARIN					
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento											
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante ALEXANDRE BERCOT FERNANDES		18-Número no CRO 31184		19-UF RJ		20-Código CBO S 801 -		Faturar Empresa	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 10 5 5 10 0 8 10 9 17 0 9		22-Nome do Contratado Executante ALEXANDRE BERCOT FERNANDES		23-Número no CRO 31184		24-UF RJ		25-Código CNES			
26-Nome do Profissional Executante ALEXANDRE BERCOT FERNANDES		27-Número no CRO 31184		28-UF RJ		29-Código CBO S					
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados											
30-Tabela		31-Código do Procedimento		32-Descrição		33-Dente/Região		34-Face		35-Qtd	
1- 0 0 1 8 1 0 0 0 0 3 0				CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		1		3 4 1 0 0	
2- 0 0 1 8 4 0 0 0 1 9 8				PROFILAXIA: POLIMENTO		HAIE		1		3 5 1 0 0	
3- 0 0 1 8 4 0 0 0 1 9 8				PROFILAXIA: POLIMENTO		HASD		1		3 5 1 0 0	
4- 0 0 1 8 4 0 0 0 1 9 8				PROFILAXIA: POLIMENTO		HAID		1		3 5 1 0 0	
5- 0 0 1 8 4 0 0 0 1 9 8				PROFILAXIA: POLIMENTO		HASE		1		3 5 1 0 0	
6- / / / / / / / / / /											
7- / / / / / / / / / /											
8- / / / / / / / / / /											
9- / / / / / / / / / /											
10- / / / / / / / / / /											
11- / / / / / / / / / /											
12- / / / / / / / / / /											
13- / / / / / / / / / /											
14- / / / / / / / / / /											
15- / / / / / / / / / /											
43-Data Previsão Término do Tratamento / / / / / / / / / /		44-Tipo de Atendimento 1- Tratamento Odontológico 2- Exame Radiológico 3- Ortodontia 4- Urgência/Emergência		45-Tipo de Faturamento 1- Total 2- Parcial		46-Total Quantidade US 1 7 4 1 0 0		47-Valor Total R\$ / / / / / / / / / /		48-Total Franquia / Co-participação R\$ / / / / / / / / / /	

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(ram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, correspondente a parcela arcar com os custos conforme previsto em contrato.

48-Observação
Dr. Alexandre Bercot Fernandes
Cirurgião - Dentista
CRO-RJ 31184

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista, Solicitante
15/09/2012 08:38 20

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista, Beneficiário / Responsável
15/09/2012 08:38 20

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
15/09/2012 08:38 20

53-Data, local e Carimbo da Empresa
09/09/2012 08:38 20

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

379921
INTERCÂMBIO

6-Número da Guia Principal
50193149

5-Senha
AUTORIZADO

4-Data de Autorização
12/11/2019

3-Data de Emissão da Guia
12/11/2019

1-Registro ANS
406414

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
1003700000018222482

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
UNIMED SAUDE E ODONTO S/A

11-Data Validade da Carteira
11/11/11

12-Número do Cartão Nacional de Saúde
703407486899200

13-Nome
JOSEFA XAVIER BARBOSA

10/01/1955

14-Telefone
(11) 11111111

15-Nome do titular do plano
JOSEFA XAVIER BARBOSA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RV
N
ALEXANDRE BERCOT FERNANDES

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
10155008109709

22-Nome do Contratado Executante
ALEXANDRE BERCOT FERNANDES

18-Número no CRO
31184

19-UF
RJ

20-Código CBO S
801 - Faturar Empresa

23-Código na Operadora / CNPJ / CPF
10155008109709

24-UF
RJ

25-Código CNES
31184

26-Enviar - RX
(0) 85100226

27-Enviar - RX
(0) 85100226

25-Nome do Profissional Executante
ALEXANDRE BERCOT FERNANDES

27-Número no CRO
31184

28-UF
RJ

29-Código CBO S
801 - Faturar Empresa

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa 42-Assinatura
1-001851001196		RESTAURAÇÃO RESINA	16	V	1	16110010		01010			
2-001851001196		RESTAURAÇÃO RESINA	23	V	1	6110010		01010			
3-001851001196		RESTAURAÇÃO RESINA	26	V	1	6110010		01010			
4-00185100226		RESTAURAÇÃO RESINA	21	VIDP	1	12210010		01010			
5-00185100226		RESTAURAÇÃO RESINA	22	VIMP	1	12210010		01010			
6-											
7-											
8-											
9-											
10-											
11-											
12-											
13-											
14-											
15-											

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/11/11	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 14271010	47-Valor Total R\$ 01010	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 01010
--	--	---	------------------------------------	-----------------------------	--

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(ram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a pagar o mesmo conforme previsto em contrato.

49-Observação
Dr. Alexandre Bercot Fernandes
Cirurgião - Dentista
CRO-RJ 31184

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
21/11/2019 22:32
Dr. Alexandre Bercot Fernandes
Cirurgião - Dentista
CRO-RJ 31184

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável
21/11/2019 22:32
Dr. Alexandre Bercot Fernandes
Cirurgião - Dentista
CRO-RJ 31184

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
21/11/2019 22:32
Dr. Alexandre Bercot Fernandes
Cirurgião - Dentista
CRO-RJ 31184

53-Data, local e Assinatura da Empresa
21/11/2019 22:32
Dr. Alexandre Bercot Fernandes
Cirurgião - Dentista
CRO-RJ 31184



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



383359
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 2 5 / 1 0 9 / 2 0		4-Data de Autorização 2 5 / 1 0 9 / 2 0		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 50194448		7-Data Validade da Senha 2 4 / 1 1 2 / 2 0	
Dados do Beneficiário										12-Número do Cartão Nacional da Saúde 704301571881098	
8-Número da Carteira 0 0 3 7 9 9 9 4 0 6 2 0 5 2 0 1 0 1		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa IGREJA INTERNACION		11-Data Validade da Carteira		13-Nome ANA PAULA DE LIMA ROCHA		14-Telefone () - - - - -	
15-Data Validade da Carteira		16-Atendimento a RN		17-Nome do Profissional Solicitante ALEXANDRE BERCOT FERNANDES		18-Número no CRO 31184		19-UF RJ		20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0 5 5 0 0 8 1 0 9 7 0 9		22-Nome do Contratado Excutante ALEXANDRE BERCOT FERNANDES		23-Número no CRO 31184		24-UF RJ		25-Código CNES		26-Nome do Profissional Excutante ALEXANDRE BERCOT FERNANDES	
27-Número no CRO 31184		28-UF RJ		29-Código CBO S		30-Quantidade US		31-Valor		32-Data de Realização	
33-Dente/Região		34-Face		35-Qtd		36-Quantidade US		37-Valor		38-Franquia/Co-participação R\$	
39-Aut		40-Data de Realização		41-Molho da Glosa		42-Assinatura					
1-0 0 1 8 1 0 0 0 0 3 0		CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		3 4 1 0 0		0 1 0 0		S	
2-0 0 1 8 4 0 0 0 1 9 8		PROFILAXIA: POLIMENTO		1		3 5 1 0 0		0 1 0 0		S	
3-0 0 1 8 4 0 0 0 1 9 8		PROFILAXIA: POLIMENTO		1		3 5 1 0 0		0 1 0 0		S	
4-0 0 1 8 4 0 0 0 1 9 8		PROFILAXIA: POLIMENTO		1		3 5 1 0 0		0 1 0 0		S	
5-0 0 1 8 4 0 0 0 1 9 8		PROFILAXIA: POLIMENTO		1		3 5 1 0 0		0 1 0 0		S	
6-1 1 1 1 1 1 1 1 1 1											
7-1 1 1 1 1 1 1 1 1 1											
8-1 1 1 1 1 1 1 1 1 1											
9-1 1 1 1 1 1 1 1 1 1											
10-1 1 1 1 1 1 1 1 1 1											
11-1 1 1 1 1 1 1 1 1 1											
12-1 1 1 1 1 1 1 1 1 1											
13-1 1 1 1 1 1 1 1 1 1											
14-1 1 1 1 1 1 1 1 1 1											
15-1 1 1 1 1 1 1 1 1 1											
43-Data Previsão Término do Tratamento		44-Tipo de Atendimento		45-Tipo de Faturamento		46-Total Quantidade US		47-Valor Total R\$		48-Total Franquia / Co-participação R\$	
1 1 / 1 1 / 1 1		1 1 - Tratamento Odontológico		1 - Total 2-Parcial		1 7 4 1 0 0		1 0 1 0			

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(foram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação		50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante		51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável		52-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente	
13/01/2020		Dr. Alexandre Bercot Fernandes		13/01/2020		Dr. Alexandre Bercot Fernandes	



13-Quantidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2- Nº

388751
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/12/11 01/12/10	4-Data de Autorização 10/12/11 01/12/10	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50196584	7-Data Validade da Senha 13/11/12 12/10
--------------------------	--	--	-----------------------	--	--

8-Número da Carteira 101031710000003211314231	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CRASE S EMPREENDIMENTOS	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 898004828548558
13-Name CINTIA SOARES MATIAS	14-Telefone (11) 11111111	15-Data Validade da Carteira 11/11/11	16-Data Validade da Carteira 11/11/11	17-Nome do Titular do plano CINTIA SOARES MATIAS

18-Atendimento a RN N	19-Nome do Profissional Solicitante ALEXANDRE BERCOT FERNANDES	20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1015100809170911	22-Nome do Contratado Executante ALEXANDRE BERCOT FERNANDES	23-Número no CRO 31184
24-Nome do Profissional Executante ALEXANDRE BERCOT FERNANDES	25-Código CBO S 31184	26-Código CBO S 31184

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados		33-Quantidade US	34-Valor	35-Quantidade US	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa 42-Assinatura
1-000810000301	CONSULTA ODONTOLÓGICA	1	1	1	1	1	34,00	0	01/11/11	42-01/11/11
2-00084000019181	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	1	1	1	35,00	0	01/11/11	42-01/11/11
3-00084000019181	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	1	1	1	35,00	0	01/11/11	42-01/11/11
4-00084000019181	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	1	1	1	35,00	0	01/11/11	42-01/11/11
5-00084000019181	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	1	1	1	35,00	0	01/11/11	42-01/11/11
6-00084000019181	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	1	1	1	35,00	0	01/11/11	42-01/11/11
7-00084000019181	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	1	1	1	35,00	0	01/11/11	42-01/11/11
8-00084000019181	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	1	1	1	35,00	0	01/11/11	42-01/11/11
9-00084000019181	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	1	1	1	35,00	0	01/11/11	42-01/11/11
10-00084000019181	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	1	1	1	35,00	0	01/11/11	42-01/11/11
11-00084000019181	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	1	1	1	35,00	0	01/11/11	42-01/11/11
12-00084000019181	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	1	1	1	35,00	0	01/11/11	42-01/11/11
13-00084000019181	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	1	1	1	35,00	0	01/11/11	42-01/11/11
14-00084000019181	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	1	1	1	35,00	0	01/11/11	42-01/11/11
15-00084000019181	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	1	1	1	35,00	0	01/11/11	42-01/11/11

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/11/11	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 174,00	47-Valor Total R\$ 10,10	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
--	--	---	----------------------------------	-----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(foram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante CRO RJ 31184	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista CRO RJ 31184	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável CRO RJ 31184	53-Data, local e Assinatura da Empresa CRO RJ 31184
---------------	---	---	---	--

Dr. Alexandre Bercot Fernandes
Cirurgião - Dentista

Dr. Alexandre Bercot Fernandes
Cirurgião - Dentista

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2.º

392332
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 08/11/2012	4-Data de Autorização 08/11/2012	5-Senha PENDENTE DE LIBERAÇÃO	6-Número da Guia Principal 392332	7-Data Validação da Senha 06/10/12
8-Número da Carteira 10031799940658712328			9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa UNIMED SAUDE E ODONTO S/A	11-Data Validação da Carteira 01/11/11
12-Número do Cartão Nacional de Saúde 704202227280587			13-Nome YURI SILVA JAIMOVICH		

14-Telefone ()	15-Nome do titular do plano YURI SILVA JAIMOVICH	16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ALEXANDRE BERCOT FERNANDES	18-Número no CRO 31184	19-UF RJ	20-Código CBO S 801 -
--------------------	---	--------------------------	---	---------------------------	-------------	--------------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 05500809709	22-Nome do Contratado Excutante ALEXANDRE BERCOT FERNANDES	23-Número no CRO 31184	24-UF RJ	25-Código CNES Enviar - RX (I) 85100200 (II) 85100200 (III) 85100200
--	---	---------------------------	-------------	--

26-Nome do Profissional Excutante ALEXANDRE BERCOT FERNANDES	27-Número no CRO 31184	28-UF RJ	29-Código CBO S (I) 85100200 (II) 85100200 (III) 85100200
---	---------------------------	-------------	--

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa 42-Assinatura
-----------	---------------------------	--------------	-----------------	---------	--------	------------------	----------	---------------------------------	--------	-----------------------	----------------------------------

1-010185100200	RESTAURAÇÃO RESINA	14	OV	1	88100	010185100200	010185100200	010185100200	010185100200	010185100200	010185100200
2-010185100200	RESTAURAÇÃO RESINA	35	VO	1	88100	010185100200	010185100200	010185100200	010185100200	010185100200	010185100200
3-010185100200	RESTAURAÇÃO RESINA	36	OV	1	88100	010185100200	010185100200	010185100200	010185100200	010185100200	010185100200
4-010185100200	RESTAURAÇÃO RESINA	46	VO	1	88100	010185100200	010185100200	010185100200	010185100200	010185100200	010185100200
5-010185100200											
6-010185100200											
7-010185100200											
8-010185100200											
9-010185100200											
10-010185100200											
11-010185100200											
12-010185100200											
13-010185100200											
14-010185100200											
15-010185100200											

43-Data Prevista Término do Tratamento 01/11/11	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 3152,00	47-Valor Total R\$ 010185100200	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 010185100200
--	--	---	-----------------------------------	------------------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, compreendendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 08/11/2012	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável 08/11/2012	52-Data, local e Carimbo da Empresa 08/11/2012
---	---	---

Dr. Alexandre Bercot Fernandes
CRO-RJ 31184



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

396477
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 1 1 5 1 1 0 1 2 0	4-Data de Autorização 1 1 5 1 1 0 1 2 0	5-Sentença AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50199128	7-Data Validade da Sentença 1 1 3 1 1 0 1 1 1 2 1 1	396477 INTERCÂMBIO
Dados do Beneficiário						
13-Nome CLAUDIO DE ARAUJO CAMARA		8-Número da Carteira 1 0 1 0 3 1 7 0 0 0 0 0 2 1 9 9 3 5 9 8 1		10-Empresa MARLENE MARIA DE A		12-Número de Cartão Nacional da Saúde 700802459025189
14-Telefone 27/07/1981		9-Plano POS REDE PRESTADORA		11-Data Validade da Carteira 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1		11-Nome do titular do plano MARLENE MARIA DE ARAUJO CAMARA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		17-Nome do Profissional Solicitante		ALEXANDRE BERCOT FERNANDES		18-Número no CRO		31184		19-UF		RJ		20-Código CBO S		801 - Faturar Empresa	
16-Atendimento a RN		N		22-Nome do Contratado Executante		ALEXANDRE BERCOT FERNANDES		23-Número no CRO		31184		24-UF		RJ		25-Código CNES	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF		1055010809709		26-Nome do Profissional Executante		ALEXANDRE BERCOT FERNANDES		27-Número no CRO		31184		28-UF		RJ		29-Código CBO S	

Plano de Tratamento - Procedimentos Odontológicos												
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data da Realização	41-Motivo da Class 42-Assinatura	
1-	0 0 8 1 0 0 0 0 3 0	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	3 4 0 0		0 0 0	S	/ /	/ /	X
2-	0 0 8 4 0 0 0 1 9 8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	3 5 0 0		0 0 0	S	/ /	/ /	X
3-	0 0 8 4 0 0 0 1 9 8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	3 5 0 0		0 0 0	S	/ /	/ /	X
4-	0 0 8 4 0 0 0 1 9 8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	3 5 0 0		0 0 0	S	/ /	/ /	X
5-	0 0 8 4 0 0 0 1 9 8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	3 5 0 0		0 0 0	S	/ /	/ /	X
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsto Término do Tratamento

44-Tipo de Atendimento

45-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência

46-Total Quantidades US

47-Valor Total R\$

48-Total Franquia / Co-participação R\$

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim realizado(s), foi(ram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores em anexo.

49-Observação

CRO-MG 2110
 (RUBRICAR)
 Dr. Alexandre Beyer Fernandes
 Cirurgião Dentista

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
11/5/11 10/11/2011 C & Q & A

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
19/5/11 10/11/2011 C & Q & A

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
17/5/11 10/11/2011 C & Q & A

53-Data, local e Carimbo da Empresa
17/5/11 10/11/2011 C & Q & A

CRO-RJ 31184

10

[illegible]2-Na⁺[illegible]